

第7回	かかりつけ医機能が発揮 される制度の施行に関する分科会	参考資料2
令 和 6 年 7 月 5 日		

前回の分科会における主な意見

【かかりつけ医機能に関する医療機能情報提供制度の刷新】

- ・かかりつけ医機能報告の報告内容を医療機能情報提供制度に反映する際には、用語解説のほか、報告事項によって、国民が分かりやすい言い換えが必要。
- ・医療情報ネットについて、統一システムによって何が起こったのか。改善前と比べて、どのくらいアクセスが増えたか、基本的なデータは示すべき。
- ・医療機能情報提供制度は知られること、使われることが大事。役立つかどうかは、例えばページビューが増えるかどうか分かりやすい。アクセス数がどう変化したかというところは重要。また、分かりやすく使いやすくないと、こういうふうになりましたということを報道もしにくいし、ニュースにもなりにくい。分かりやすいものにしてほしい。
- ・医療機能情報提供制度は分かりやすさが大変重要。対応可能な機能を広く情報提供することで、かかりつけの医療機関を探そうとする方々の役に立つような形が望ましい。用語解説という記載もあるが、上手な医療のかかり方を推進する観点からも、国民・患者の理解を高めるのは大変重要。ぜひ分かりやすい解説にしていきたい。
- ・厚生労働省のウェブサイトにもっと目立つところに医療情報ネットの入り口となるリンクを貼っていただく、ないしは色々な機関に協力いただくなど、医療情報ネットを目立つところにリンクなり入り口をつくるべき。
- ・医療機能情報提供制度について、地図表示というのがよい。自宅の近くでどんな医療機関があるのかが地図で調べられて、知りたい医療機関についての情報を探っていくことができる。緊急を要しない場合、日常的なことで医療機関にかかりたい場合は、距離の問題が出てくると思いますので、こういうことは役立つ。
- ・かかりつけ医機能が発揮されるための制度整備の一環として医療機関から取る機能報告は、地域に面で支える医療提供体制をつくるための素材を集めることであり、何のために取るかによって情報の扱いも変わり、データの取り方や開示の仕方は違ってくる。
- ・時間外対応や在宅医療といった既に医療情報ネットで公表している項目と重複する部分が出てくる。情報提供の方法を少し整理する必要があるのではないか。1号機能を満たさないが、時間外対応をしている医療機関はあると思うので、かかりつけ医機能の入り口とかタブは、あくまでかかりつけ医機能を有する医療機関を探すためのもので、1号機能でスクリーニングをかけているということが分かるようにしておくことも必要。
- ・地域包括ケアを進めるという意味では、医療機関、薬局だけでなく、きちんと訪問看護ステーションの情報も提供するような枠組みをセットで考えていったほうがいいのではないか。訪問看護ステーションの中には、難病系が得意なところ、がん系、いろいろある。それを国民が選べるような情報もセットで提供することを検討すべき。

【障害のある方に対するかかりつけ医機能】

- ・障害のある方々の要望に応えるということは、障害のある方あるいはその家族はもちろん、障害のない方にとっても患者に配慮した医療機関を探す際の参考になる。情報提供とかかかりつけ医機能の研修にも盛り込むという記載があるが、そういった研修の充実を進めていただきたい。
- ・医学教育の中での研修は大事なこと。障害理解、合理的配慮というのは難しいことではないと思っている。学生のとき、または研修医になるときなど、その辺も理解いただくことが大事。
- ・障害の方を拝見するとき、2つの視点が必要。一つは各々の障害そのものへの配慮。あとは、障害のある方にも普通に起こる普通のことに対応できるかどうかということ。障害のある方に対するかかりつけ医機能ということで考えれば、普通に起こる普通のことに対する、障害のある方に対しても対応ができるかかりつけ医が必要になってくる。最近では二人主治医とかと呼ばれているが、そういった視点も重要。
- ・障害に関しては卒前教育を強化する必要がある。臨床現場で障害者の皆さんが心配ないようにするような教育というのも必要。
- ・認知症のある方、判断能力の衰えが初期段階もしくは認知症の予備軍と言われるMCI、軽度認知障害という方が自分で調べたり、関係者が調べるということも増えてくると思う。身体疾患と認知症の症状と両方診てもらえるのかということや、認知症の人が理解しやすい表示や色使い、デザインをする医療機関も出ている。そうした情報も検討して入れていただくと役立つのではないかと。

【かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修】

- ・かかりつけ医機能の確保というのはゼロからつくるわけではない。現にかかりつけ医として機能している先生はそれなりにいて、患者との信頼関係ということ言えば一定存在している。一律に同じような研修を行い、その前提で研修項目を決めるということにはならないのではないか。
- ・この研修は試験のように選別するものではなく、意思と能力のある人、意思のない人も関心を持ってやっていただく。意思はあるが自信がない先生には研修の機会を与える。一種ベクトルを持ったものとして研修を考えないと、実装に向けての研修にならない。そこを整理しながら、研修の形や中身をどうするか考えていってはどうか。
- ・必須と思われる項目も必修にするというより、その力量を習得していると自身が判断した場合は、医師の選択制でその研修を受けるという形にすべきであり、受けなければいけないという規制をかけると、モチベーションをそぐことになる。基本的な骨格部分と周辺部分とで、研修項目を分けることが必要。
- ・現状の診療において、本人のニーズとして何を求めているのか、何が足りないのか、何をしたいのか。それぞれ各医療機関、先生によっても異なるはず。各地域における機能というものを面として支えるためには、地域としてどのような医療機能が不足しているのか。その地域において地域のニーズとして必要なものという2つの側面があると思う。この2つの側面を加味しながら、各医療機関が、または地域において、協議の場を通してその研修を求めていく、受講していくという形にすべき。
- ・実地研修は、何か基準を設けるのではなく、現実的で柔軟な対応ができるような制度設計にすべき。現場だけではなくて、大学や医師会においてもシミュレーションラボのようなものがある。現実的にそういう形で実地研修をしているところもあるので、この制度の中に取り入れていただきたい。
- ・デジタル化を活用して、実地研修に近いものを代用していく必要がある。自分で学びたいものを学びたいときに学び、自分で評価して何度もドリルを繰り返して苦手分野を克服する。それぞれのニーズに合ったそれぞれの診療はいろいろなレベルがあるから、それに見合った研修をすることが医療をさらによくするために重要。
- ・医療機関が減っている地域は多い。都会だけを見てやる方が非常に多いが、医療圏の半数ぐらいが医療過疎になりつつあると思う。規制をかけすぎると、研修等を受けたくても受けられない状況もあるから、すべきではない。規制しすぎると、地域によってかかりつけ医機能が進まないどころか壊れてしまうところが多くあることを理解いただきたい。
- ・かかりつけ医機能を担える医師を増やしていく方向で研修を位置づけることは非常に重要。現実的に総合診療専門医の数はまだ多くないなどの現状を踏まえながら、いかに多くの医師の方に研修を受けてもらい、レベルアップを図っていくかを第一に考えることは必要。
- ・研修は、かかりつけ医機能の確保に向けて重要。座学と実地の両面から国が体系的な統一基準を示すことに賛成。研修の望ましい内容に加え、必須の内容を示すことも検討すべき。また、研修を実施する各団体は、医師個人の診療能力を高めるとともに、地域医療の底上げにつながるようカリキュラムを充実するとともに、研修を修了した医師を公表していただきたい。研修は、数年ごとに受けて最新知識や技術を身につけていただく必要。各団体の研修も更新の仕組みがあるので、更新制度の設定をお願いしたい。
- ・座学にしても、実地研修にしても、医師が選ぶことを基本にするという話があったが、必須にすべき研修と選ぶ研修を分ける必要があるのではないか。実地研修の中で、コミュニケーションに関する教育も必要ではないか。
- ・市町村が行っている在宅医療介護連携推進事業では、多くの市町村で多職種を対象に、ともに学び連携を深める関係構築のための研修会が行われている。既存の研修を活用すべき。一方で、多職種研修会は医師の参加がなかなか進まないのが課題。地域の研修に先生方に参加していただくことも研修の一要素として検討すべき。
- ・大学でのかかりつけ医の研修、教育の強化を入れてほしい。卒業研修で様々な研修会があるが、まずは学部教育の中でかかりつけ教育が行われるべき。また、研修医も大部分が大学でプログラムが組まれている現状があるため、大学での教育に含めていただきたい。
- ・みんなで自分のかかりつけ医機能の底上げを図ろうという研修で、先生方が気軽に受けられることが重要。一方、かかりつけ医機能を支援する病院や診療所に従事する医師へ向けた研修は深みは違ってくる。リカレント教育も含め、総合診療専門医に準ずるような人材を養成するための研修も重要。
- ・医師は最終的な責任を負っており、必要と思うことは研修している。医師の研修は医師会を中心に様々なものがあり、また病院団体もやっている。それを無視した議論は問題。
- ・患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師が身近にいるといいなと思うわけで、そういう医師を増やすことに資するような研修をしていただくということが国民・患者のためにもなるのではないか。
- ・市町村として研修について一定の関与、支援ができると思う。各市町村における日常生活圏域内の状況について、地域包括ケアシステムがどのように機能しているのか、日常生活圏域を面で捉えた状況などについて情報提供ができる。

【総論】

- ・この問題は状況によって随分違う。例えば初診であれば振り分け機能が重要で、総合的に幅広く診られる方が必要。患者の多くは再診で、ある程度方向が決まっている。その場合には専門性を持った方のほうがよい。一方、長い間経過を拝見していると、思わぬ病気が出てくる。そうすると、守備範囲を広げておかないといけなくなる。その辺りを含めて、どう制度設計するかが大事。
- ・ファーストコンタクトのところは全ての診療・診断が完結するわけではなく、振り分けの機能が求められる。身体の異常を感じたときに、最初に誰にコンタクトして、どこを通じて医療にアクセスするかを考えれば、入口で幅広く受け止めて、必要な処置を行い、状態に応じて振り分ける機能が求められる。今後の高齢化の進行を考えれば、そういうことが求められていく。全ての医療が完結することにはならないので、全体の医療提供体制の中でフロントラインに立つ役割を担うのがかかりつけ医であり、かかりつけ医機能。
- ・振り分け機能のほか、かかりつけ医には医療を維持する機能がある。例えば糖尿病で考えたときに、全部糖尿病の専門医で診られるかと言ったら、数が多過ぎて診られない。
- ・自分が不得意なので紹介するという形もあるが、例えば糖尿病のインシュリン導入であったり、消化器のがんの治療であったりといった形で、私どもが発見して、専門医に送って専門医が治療し、治療方針を示して、戻していただく。二人主治医という形で、地域で診ながら専門医で診るとい形。かかりつけ医機能の中では、振り分け機能だけではなく、そういう連携が極めて重要。ある程度一般的な疾患、自分の専門ではない疾患を見つけるための力量を増やすための研修は極めて重要ではあるが、地域との連携が一番重要と思っている。
- ・専門性を維持しながらいかに幅を広げていけるのかバランスの問題。個人の問題でもあるし、地域の問題でもある。この制度で多くの医療機関に手挙げをしていただかないと、地域での機能というものも見えにくい。地域の機能を見て、協議の場で足りない部分を補っていくという役割もこの制度にはある。患者は何でも相談できるとことがベースにあれば、基本的には手挙げができるという制度設計にしていけば、いいのではないか。
- ・例えばイギリスのGPのような形になるとどうなるか。英国では病院がパンクして、手術待ちも半年、1年という形になる。日本の場合は、外来の中でいろいろな検査もし、病気を見つけることもできる。そういう現状の体制をGPのような形に持っていく制度設計にするのか、現状の専門性は生かしながら、医療を地域で面として支えるという制度設計にするのか。
- ・かかりつけ医がいる方は、疾患を持っていて継続的にかかっている。それとは異なる症状が出てきたとき、何でも相談できて、専門外だけど、そのレベルだったら守備範囲だから診てあげる、ということになるのか、もう少しきちんと精密検査が必要なので、こういったところを紹介する。そういったことを判断していただけることが重要。
- ・領域、症状にこだわらず、まずは断らずに何でも相談できる医療機関、医師を担保することが重要。面で支えるといったときに、患者が全部自分でかかりつけ医を見つけられないということになってしまうと、変な方向に進むのではないか。
- ・これを研修していないと駄目だとか、こういう要件でないと駄目だとかは、この制度の立てつけ上好ましくない。その上に、2号機能においてその地域でしっかりとその機能を確保していくということが求められるようになる。1号機能はみんなが参画できる、誰でも手挙げできる、そういうふうな形の制度設計になるほうがいいのではないか。
- ・1号機能より2号機能が大切になる。基本的に1号機能は手を挙げる方は挙げていただく。その上で2号機をどう地域で対応していくかということ。
- ・個々の医師の診療能力については、きちんと医療界として研修していただく。機関としての医療機関がいかに連携し、重層的に患者を支える形が作れるか、面で支えるしくみがつくられるかが大事。2号機能を地域でどう作っていくかを考えることが重要。